

Klinik und Prognose des inoperablen Magenkarzinoms

von

Fahrideh Behdjati, geb. Abbassian-Milani

aus

Astara/Iran



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen-Nürnberg
(Direktor: Prof. Dr. med. G. Hegemann)

Klinik und Prognose des inoperablen Magenkarzinoms

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
dem Fachbereich Medizin
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt
von
Fahrideh Behdjati, geb. Abbassian-Milani
aus
Astara/Iran

Gedruckt mit Erlaubnis des Fachbereichs Medizin
der Universität Erlangen-Nürnberg



Dekan: Prof. Dr. E. Rügheimer

Referent: Priv.-Doz. Dr. med. Dr. med. habil. R. Böttcher

Korreferent: Prof. Dr. G. Hegemann

Tag der mündlichen Prüfung: 03. Mai 1976

Mein verbindlichster Dank für die Anregung des behandelten Problemkreises und für die in der Klinik eingeräumten Vergünstigungen bei der Durchführung der Untersuchungen gilt Herrn o.ö. Professor Dr. med. G. Hegemann, Direktor der Chirurgischen Univ.-Klinik Erlangen. Aufrichtig danken möchte ich Herrn Priv.-Doz. Dr. med. R. Böttichen, Oberarzt der Chirurgischen Univ.-Klinik Erlangen, für seine uneingeschränkte sachliche und persönliche Betreuung bei der Erstellung dieser Arbeit.

Herzlicher Dank auch den Mitarbeitern der Chirurgischen Univ.-Klinik, die mir bei den Ermittlungen wirksame Unterstützung gewährten.

Erlangen, den 3.5.1976

Farideh Behdjati

- -

I n h a l t
=====

- A. Literatur
- B. Fragestellung
- C. Auswertung des Krankengutes
 - I. Patient
 - 1. Altersdisposition
 - 2. Häufigkeit des Magen-Carcinoms
 nach Geschlecht
 - 3. Dauer der Anamnese
 - 4. Symptomatologie
 - II. Tumorcharakteristik
 - 1. Tumorlokalisation
 - 2. Histologische Befunde
 - 3. Vorhandensein von Metastasen
 - III. Therapiemöglichkeiten
 - IV. Prognose
 - 1. das lokale Rezidiv und das Carcinom
 im Restmagen
 - 2. Überlebenszeit bei inoperablen Magen-
 Carcinom-Patienten und Klinikletalität
 - V. Zusammenfassung
 - VI. Literaturverzeichnis

A

=====

L i t e r a t u r

=====

Der Magenkrebs, der eine schrankenlos wuchernde, eigengesetzliche, metastasierende und recidivierende Geschwulst darstellt, die letzten Endes den Tod des Befallenen herbeiführt, wurde als Geschwulstleiden erstmals 1585 beschrieben.

Eine klare Unterscheidung vom Ulcus gelang erst 1829 durch C R U V E I L H I E R .

Das Charakteristische beim Magen-Carcinom ist, daß es meist erst in Stadien eindrucksvoller Symptome, also in Spätstadien, diagnostiziert wird; nach K A T S C H und P I C K E R T werden in der Entwicklung eines Magen-Carcinoms drei Stadien, nämlich

- 1) das Stadium der absoluten Latenz,
- 2) das Stadium der relativen Latenz und
- 3) das Stadium der klinischen Manifestation

unterschieden. Die entscheidend wichtige Periode dabei ist die Zeit der relativen Latenz, denn während dieses Zeitraumes ist es möglich, in vielen Fällen zu einer Frühdiagnose zu gelangen.

Erschwert wird jegliche Diagnostik durch den zunächst

schleichenden Beginn des Tumorwachstums.

Häufig bestehen keine oder nur kurzdauernde Magenbeschwerden. Ein leichter Druck im mittleren Oberbauch, ein unbestimmtes Völlegefühl, ein Nachlassen der Spannkraft und gelegentlich auch eine Verminderung des Appetits sind einige Beschwerden, die auf die Spur dieser Erkrankung führen können. Sehr häufig besteht schon in den frühen Entwicklungsphasen ein ausgesprochener Widerwille gegen den Genuß von Fleisch, ein Symptom, das auch gelegentlich bei atrophischer Gastritis mit Anacidität anzutreffen ist.

Trotz der vorausgegangenen Ausführungen müssen wir uns bei der Frühdiagnostik des Magen-Carcinoms von der Vorstellung freimachen, daß sich ein solcher Tumor sehr rasch - innerhalb weniger Wochen - ausbildet und daß greifbare Symptome erst dann auftreten, wenn der Befund so ausgedehnt ist, daß eine Operation nicht mehr in Frage kommt. Es steht fest, daß die große Mehrzahl der Magen-Carcinome sich unter diskreten Symptomen zunächst sehr langsam über Monate und Jahre entwickeln und lange Zeit lokal beschränkt bleiben. Erst in einem späteren Stadium kommt es zu einer rascheren Wachstumstendenz mit ausgedehnter Generalisierung. In diesem für die Frühdiagnostik so wichtigen Stadium der Latenz gibt es keine charakteristischen

Carcinom-Beschwerden. Solange Komplikationen - meist Blutungen oder Stenose-Erscheinungen - fehlen, versagt die klinische Untersuchung auf der ganzen Linie (H A F T E R) .

Ein Kranker mit einem beginnenden Carcinom kann jung sein und gesund aussehen, . seine geringfügigen Oberbauchbeschwerden können unter dem Bild eines " empfindlichen Magens " , einer recidivierenden Gastritis oder Ulcus-Beschwerden verlaufen.

Blasses Aussehen, Blutungsanaemien, Gewichtsabnahme, unterschiedlich hohe Blutsenkungsgeschwindigkeit und Veränderungen im elektrophoretischen Eiweißspektrum, vor allem eine α_2 -Globulin-Vermehrung, sind keine Frühsymptome mehr, sondern sprechen bereits für ein sehr fortgeschrittenes Tumorwachstum.

Nach dem makroskopischen Aussehen unterscheidet man 3 verschiedene Hauptformen des Magen-Carcinoms :

- 1) das blumenkohlartig wachsende Carcinom ,
- 2) das schüsselförmig zerfallende Carcinom ,
- 3) den intramural wachsenden Szirrhus, den Faserkrebs .

Als Sonderform ist schließlich noch das Ringwall-Carcinom anzuführen, das durch eine relative Spätmetastasierung gekennzeichnet ist und somit bei

frühzeitiger Erkennung und operativer Behandlung eine günstigere Prognose als die bereits genannten Erscheinungsformen besitzt.

Die Hauptlast der Diagnostik fällt nach wie vor dem Röntgen-Verfahren zu.

Röntgenologisch bieten sich nach H A F T E R
3 charakteristische Aspekte des Frühcarcinoms :

- 1) die Wandstarre bei der infiltrierenden Form ,
- 2) Füllungsdefekte bei den mehr blumenkohlartigen Wachstumsformen ,
- 3) Nischenbildung mit aufgeworfener Randbegrenzung bei den ulzerösen Carcinomformen und ganz besonders beim Ringwall-Carcinom.

Die aufgeführten Veränderungen können sowohl isoliert als auch kombiniert vorkommen.

Stenosierungen im Antrum-Bereich stellen meist keine Frühveränderungen mehr dar.

Ein nicht innerhalb von 6 Wochen zur Abheilung oder zu sehr erheblicher Verkleinerung zu bringendes Ulcus sollte nicht mehr länger konservativ behandelt werden.

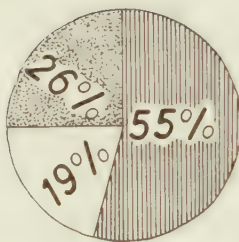
Ulcera an der großen Curvatur oder auch im Fornix-Bereich sind von vornherein in hohem Maße auf Malignität verdächtig.

Die Geschichte der Magen-Operation ist verhältnismäßig jung. Den ersten nachgewiesenen Eingriff am Magen, die Eröffnung zur Entfernung verschluckter Fremdkörper, führte 1612 Florian MATHIES in Prag durch.

1635 führte SCHWABE eine Gastrostomie zur Entfernung eines verschluckten Messers am nicht verwachsenen Magen mit Erfolg durch.

Über 200 Jahre vergingen, bis SEDILLOT 1849 in Paris erstmals eine Gastrostomie zur Anlegung einer Dauerfistel vornahm, um dadurch die krebsig entartete Cardia auszuschalten.

Am 25. Januar 1881 wurde bei einer Frau die erste Resektion wegen eines Carcinoma pylori von BILLROTH ausgeführt. Seitdem gebührt BILLROTH das Verdienst, die Resektion in der Chirurgie eingeführt und die heute noch gültigen Standardmethoden festgelegt zu haben.



Probetaparatomie 345 Patienten =55%



Paliativ behandelte 163 " =26%



Konservativ behandelte " =19%

B

=====

F r a g e s t e l l u n g

=====

Das Krankengut von 626 inoperablen Magen-Carcinom-Patienten der Erlanger Universitätsklinik (in einem Zeitraum von 15 Jahren - 1949 bis 1965 -) erlaubt eine Aufschlüsselung in einzelne bestimmte Fragen des Magenkrebs-Problems.

In der vorliegenden Arbeit sollte zunächst einmal die Frage untersucht werden, welche Hinweise von Seiten des Patienten beim Arzt die Verdachtsdiagnose

" Carcinoma ventriculi " ermöglichen und in welcher Häufigkeit die einzelnen Symptome auftreten.

Welche Frühsymptome werden vom Patienten geäußert, die bereits den Arzt zwingen, dem Verdacht nachzugehen, und welche Spätsymptome lassen einen Magenkrebs beinahe als gesichert erscheinen.

In diesem Zusammenhang ist natürlich auch die Frage nach der Altersdisposition des Magenkrebses von Bedeutung, d.h. tritt der Magenkrebs nur bei älteren Menschen auf, oder muß der Arzt auch bei einem

jungen Patienten mit dieser Möglichkeit rechnen ?

Soweit die Laparatomie durchgeführt wurde,
stellt sich die Frage nach der Häufigkeit der
Tumorlokalisation, der Histologie und der
Metastasierungshäufigkeit.

Häufigkeit des Magen-Carcinoms nach Alter :
=====

F r a u e n (187 Patientinnen = 100 %)

21 - 30 Jahre	3 Patienten = 0,8 %
31 - 40 Jahre	9 Patienten = 4,8 %
41 - 50 Jahre	25 Patienten = 13,3 %
51 - 60 Jahre	60 Patienten = 32,0 %
61 - 70 Jahre	61 Patienten = 32,6 %
71 - 80 Jahre	27 Patienten = 14,4 %
81 - 90 Jahre	2 Patienten = 1,0 %
	187 Patienten = 100 %

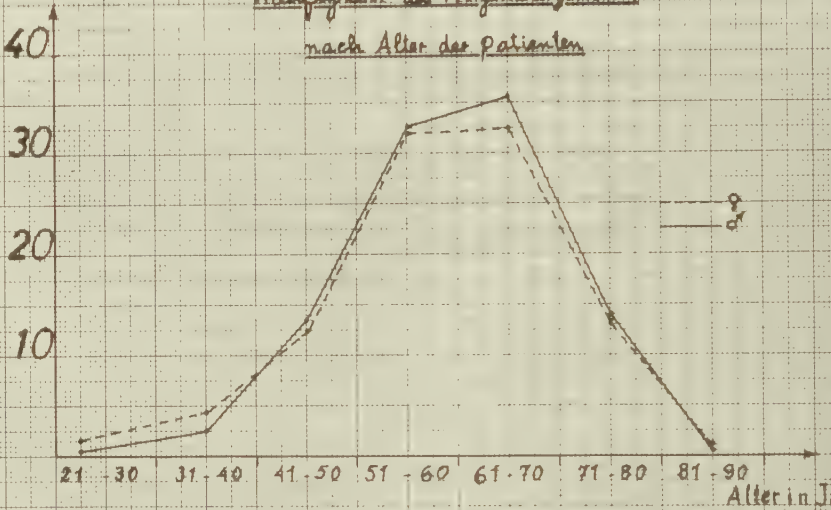
Häufigkeit des Magen-Carcinoms nach Alter :
=====

M ä n n e r (439 Patienten = 100 %)

21 - 30 Jahre	2 Patienten = 0,45 %
31 - 40 Jahre	13 Patienten = 2,96 %
41 - 50 Jahre	60 Patienten = 13,60 %
51 - 60 Jahre	141 Patienten = 32,10 %
61 - 70 Jahre	155 Patienten = 35,30 %
71 - 80 Jahre	63 Patienten = 14,30 %
81 - 90 Jahre	3 Patienten = 0,60 %
	439 Patienten = 100 %

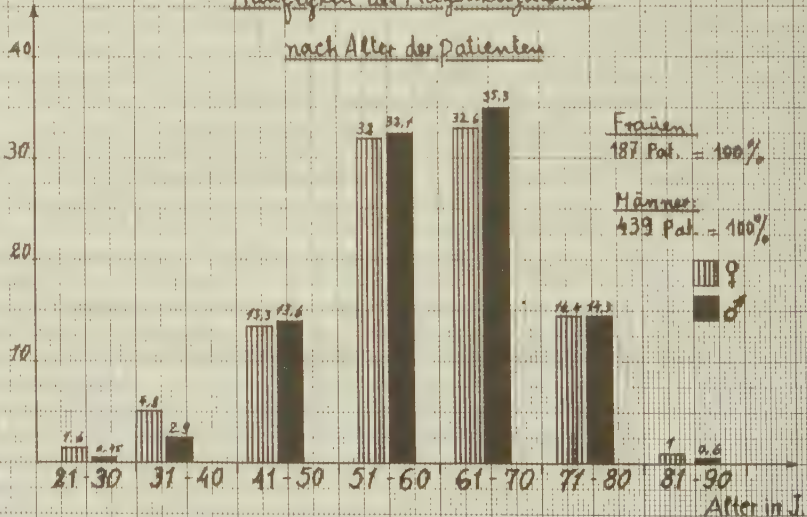
% der Pat.

Häufigkeit des Magenkarzinoms
nach Alter der Patienten



% der Pat.

Häufigkeit des Magenkarzinoms
nach Alter der Patienten



Auswertung des Krankengutes
=====

I. Patient -

1) Altersdisposition :

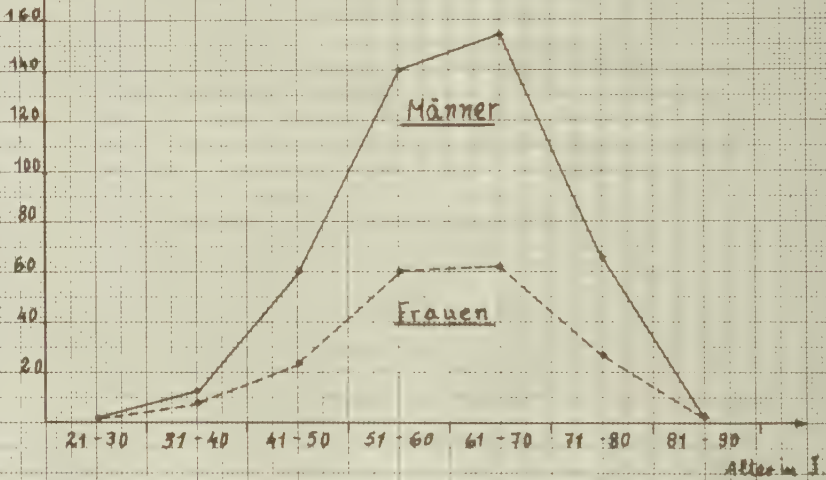
Der Magenkrebs bevorzugt das fortgeschrittene Alter, aber auch jugendliches Alter schließt ein Magen-Carcinom nicht aus. S E R R A N O gibt unter 237 Magen-Carcinom-Patienten den Jüngsten mit 18 Jahren und den Ältesten mit 78 Jahren an. Dabei ergab sich bei den jugendlichen Carcinomen ein besonders bösartiger Verlauf und fast immer Inoperabilität. Auch G U I S S berichtet von 19 Fällen unter 30 Jahren, von denen keiner operabel war. In unserem Krankengut war der jüngste Patient 24 Jahre alt. Insgesamt waren 5 Patienten, davon 3 Frauen und 2 Männer, noch nicht 30 Jahre alt und alle bereits inoperabel.

Bezüglich der Altersdisposition zeigt sich bei unseren Patienten das Maximum der Erkrankung bei den Männern, sowie beiden Frauen im 60. - 70. Lebensjahr.

Das Durchschnittsalter beträgt bei den Männern 60,5 Jahre, bei den Frauen 58,7 Jahre, während K O N J E T Z N Y 54 Jahre und H A M E T T 60 Jahre sowie H E N S S G E 62,9 Jahre errechneten.

Anzahl
des Pat.

Häufigkeit des Magenkarzinoms
nach Geschlecht



Häufigkeit des Magenkarzinoms nach Geschlecht

Männer

(439 Patienten) = 70.12 %

Frauen

(187 Patienten) = 29.88 %

626 Patienten = 100 %

Die prozentuale Verteilung unserer 626 inoperablen Magen-Carcinom-Fälle nach Lebensjahrzehnten bei Männern und Frauen sind aus der Tabelle sowie dem dazugehörigen Diagramm zu ersehen.

2) Häufigkeit des Magen-Carcinoms nach Geschlecht :

Nach unserem Krankengut bezüglich des Geschlechtsverhältnisses bei Magenkrebs decken sich unsere Ergebnisse mit denen fast aller Autoren der Weltliteratur.

S E R R A N O berichtet von 237 Fällen, von denen 64 % Männer und 36 % Frauen waren, G U I S S fand bei 2891 Fällen 69 % Männer und 31 % Frauen.

Unsere Statistik (626 Fälle) ergab ein Geschlechtsverhältnis von 70,12 % Männer und 29,88 % Frauen, etwa im Verhältnis Männer : Frauen = 2,3 : 1 .

T O R G E R S E N macht genaue Angaben über die Geschlechtsverteilung bei Magenkrebs in den einzelnen Lebensdezenien. So berichtet er über das Verhältnis Männer zu Frauen im Alter zwischen 40 und 70 Jahren 3 : 1, unter 40 Jahren sei das Verhältnis etwa 1 : 1. Wir fanden bei einem Alter der Patienten von 40 - 70 Jahren ein Geschlechtsverhältnis 2,5 (Männer) : 1 (Frauen) und unter dem 40. Lebensjahr 1 (Männer) : 1 (Frauen) und über dem 70. Lebensjahr ist das Verhältnis wieder 2 (Männer) : 1 (Frauen) .

Die prozentuale Verteilung des Magenkrebses auf die einzelnen Geschlechter nach unserem Krankengut ergibt sich aus der Tabelle und - nach einzelnen Gruppen aufgeteilt - aus dem Diagramm.

3) Zeitraum zwischen dem Auftreten der ersten Beschwerden bis zur stationären Aufnahme in der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen :

Von 626 Patienten war nur bei 548 Patienten ein genauer Zeitraum über die Dauer der Beschwerden angegeben.

19 Patienten = 3,03 % gaben die Dauer der Beschwerden mit weniger als 1 Monat an.

92 Patienten = 14,69 % gaben einen Zeitraum von 1 - 2 Monaten an.

109 Patienten = 17,41 % gaben einen Zeitraum von 2 - 3 Monaten an.

136 Patienten = 21,74 % sagten aus, daß sie seit 6 Monaten Beschwerden hätten.

71 Patienten = 11,34 % hatten seit 1 Jahr Beschwerden.

47 Patienten = 7,50 % gaben einen Zeitraum von 2 Jahren an.

41 Patienten = 6,54 % gaben den Zeitraum der Anamnese mit 5 Jahren an.

33 Patienten = 5,25 % hatten seit 10 - 15 Jahren Beschwerden.

78 Patienten = 12,61 % konnten keine genaue Zeitangabe über die Dauer der Beschwerden machen.

4) Symptomatologie :

Wegen der langsam einsetzenden Beschwerden begeben sich die Patienten meist zu spät in ärztliche Behandlung. Bei Befragen von Patienten findet man häufig die gleichen Angaben.

Die Beschwerden hätten langsam begonnen, es hätte schon oft eine leichte Magenverstimmung gegeben. Der Gewichtsverlust wurde auf mangelnden Appetit zurückgeführt. Manche Patienten haben sich auch mit den nicht akut einsetzenden Beschwerden abgefunden. Unerkannt bleiben auch lange Zeit Magen-Carcinome bei Patienten, die schon lange Zeit wegen chronischer Gastritis in hausärztlicher Behandlung stehen. Oft ist es für den Hausarzt nicht einfach, den Umschlag auf Malignom rechtzeitig zu erkennen.

G Ü T G E M A N N weist darauf hin, daß eine schlechte Ansprechbarkeit auf medikamentöse und diätliche Maßnahmen, mangelnde Erholung und ein " Leistungsknick " bei diesen Patienten den Verdacht auf carcinomatöse Entartung leiten müsse.

Das Schicksal dieser Patienten und derjenigen, die erstmals wegen unklarer Magenbeschwerden zum Arzt kommen, hängt entscheidend von den Bemühungen des erstbehandelnden Arztes ab (G Ü T G E M A N N) .

Bei Patienten über dem 40. Lebensjahr hat in unklaren Fällen der Verdacht auf ein Carcinom zu bestehen, bis das Gegenteil bewiesen ist (K. H. B A U E R) .

Die Dauer der Beschwerden variiert in den meisten Fällen : keinesfalls kann man durch die Dauer der Beschwerden auf das Tumor-Stadium und auf die Operabilität schließen.

B A R B E R , G A G E und P R I E S T L E Y haben an der M A Y O - Klinik 1121 Patienten, die vom Jahre 1950 - 1953 zur Behandlung kamen, auf die Frage untersucht. Sie fanden bei 1121 Patienten die gleiche Verteilung der Tumor-Stadien in den Gruppen der Inoperablen, palliativ Operierten und Resezierten, ganz gleich, ob eine kurze oder relativ lange Zeit mit Magenbeschwerden vorausgegangen war.

I. Magenschmerzen :

Schmerzen im mittleren Oberbauch wurden sehr oft von Magen-Carcinom-Patienten angegeben.

Der Charakter der Schmerzen wird oft unklar von leicht, dumpf, brennend, bis stark, oder auch als krampfartig geschildert. Besonders charakteristisch für diese Schmerzen ist ihre schlechte Beeinflußbarkeit und ihre Unabhängigkeit von der Nahrungsaufnahme.

Bei unserer Untersuchung bei 626 Patienten wurden von 401 Patienten = 65,6 % Schmerzen angegeben.

Zeitlich traten die Schmerzen folgendermaßen auf :

nach dem Essen	113	Patienten
unabhängig vom Essen	105	Patienten
während des Essens	73	Patienten
nüchtern	59	Patienten
Dauerschmerz	46	Patienten

Damit ist nach unseren Ergebnissen übereinstimmend mit der Weltliteratur der atypische Schmerz ohne Beziehung zur Nahrungsaufnahme am häufigsten.

II. Gewichtsabnahme :

Die Gewichtsabnahme ist ein häufiges Symptom bei Magen-Carcinom-Patienten und wird von einigen Autoren als Frühsymptom gewertet.

Wir fanden bei 626 Patienten 147 = 23,5 %, die eine Gewichtsabnahme beobachteten.

III. Brechreiz und Erbrechen :

Erbrechen gehört mit zu den häufigsten Symptomen bei Magen-Carcinom-Kranken.

Erbrechen tritt häufiger bei Frauen als bei Männern auf, infolge der an sich schon gesteigerten

Brechbereitschaft (B E R G) .

Wir fanden bei fast $1/4$ der Patienten - 156 Patienten von 626 Patienten = 24,9 % - Erbrechen in der Vorgeschichte, davon hatten nur 31 Patienten Blut erbrochen = 4,9 %. Daraus ist zu ersehen, daß Bluterbrechen nicht allzu häufig auftritt.

IV. Appetitlosigkeit :

Der Appetitmangel ist bei Magen-Carcinom-Patienten ein weiteres und häufiges Symptom. Er ist mit der schon besprochenen Gewichtsabnahme eng verknüpft.

Nach H. O S E R ist Appetitlosigkeit jedoch seltener als es allgemein angenommen wird. 132 von 626 Patienten = 21 % klagten nach unserer Untersuchung über Appetitlosigkeit.

V. Aufstoßen :

Aufstoßen ist bei Magen-Carcinom-Patienten keine seltene Erscheinung. Nach einigen Autoren ist es ein Frühsymptom speziell bei Cardia-Carcinom (H O L L E R) und auch bei Pylorusstenose (H O L L E R) .

Wir fanden Aufstoßen bei 80 von 626 Patienten = 12,6 %.

VI. Obstipation :

Magen-Carcinom-Patienten klagen nicht selten über Obstipation. Obstipation wird nach Angaben einiger Autoren genau so oft gefunden wie Diarrhoe

(J E L I N E K) .

Ein Wechsel von Diarrhoe und Obstipation wird in der Literatur erwähnt und auch auf Ahylie zurückgeführt. Wir fanden bei 98 von 626 Patienten Berichte über Obstipation = 15,6 %.

VII. Teerstühle :

Teerstühle treten bei Magen-Carcinom-Patienten nicht selten auf; in einigen Fällen werden sie als Frühsymptome berichtet (K A L K , H.).

Von 626 Patienten hatten 67 Patienten Teerstühle = 10,7 %.

VIII. Sodbrennen :

Sodbrennen ist eine seltene Erscheinung. Es wird bei Anacidität, aber auch bei Hyperacidität gefunden (F R A N K E , H.). Auch wir konnten das Symptom Sodbrennen selten bei unserem Patientengut feststellen. Von 626 Patienten waren nur 19 Patienten = 3,0 %, die in der Anamnese Sodbrennen angaben.

IX. Völlegefühl :

Über Völlegefühl. klagten nur 24 von 626 Patienten = 3,9 %.

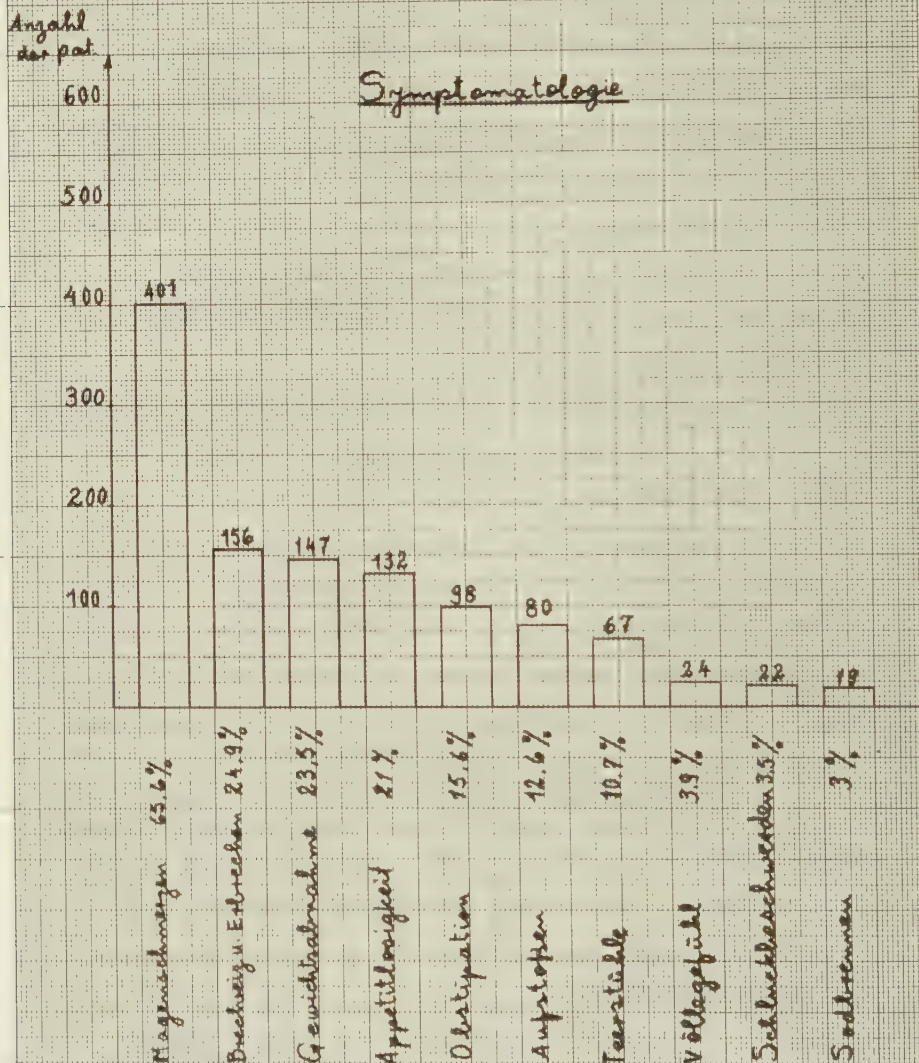
X. Schluckbeschwerden :

22 von 626 Patienten = 3,5 % klagten über Schluckbeschwerden.

XI. Magen-Ulcus-Anamnese :

Bei 19 von 626 Patienten war eine Magengeschwür-Anamnese vorausgegangen = 3,0 %.

Symptomatologie



II. Tumorcharakteristik -

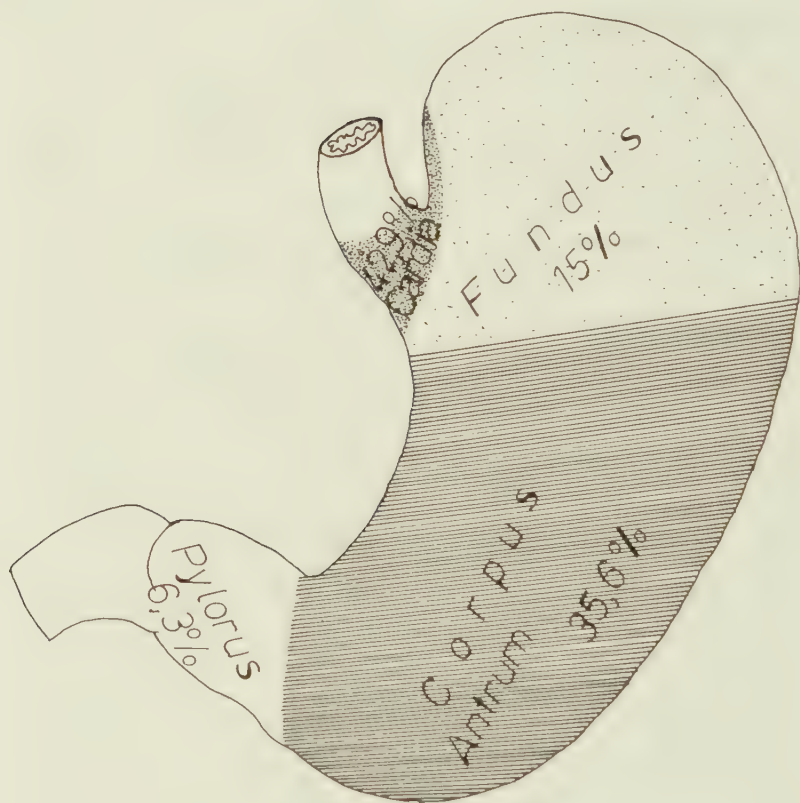
=====

1) Tumorlokalisation :

Bei 508 Patienten, bei denen eine Probelaaparotomie durchgeführt wurde, konnte nur bei 163 Patienten eine Palliativmaßnahme ergriffen werden. Bei 219 Fällen wäre eine genauere Tumorlokalisation möglich. Über die topographische Verteilung des Magenkrebses auf die einzelnen Magenabschnitte finden sich in der Weltliteratur nur wenige Angaben. F O R N I berichtet bei 673 Fällen von Magenkrebs über die prozentuale Verteilung : 47 % im Pylorus-Antrum-Bereich, 13 % an der großen und kleinen Curvatur, 14 % im Corpus ventriculi, 7 % an der Cardia und 17 % diffus über mehrere Magenabschnitte reichende Carcinome. Nach D E N K und HELMER wird das Corpus-Carcinom mit den prognostisch besten Ergebnissen belegt, dann folgt das Antrum-Carcinom. Die prognostisch schlechtesten Ergebnisse und dadurch hervorgerufene geringe Überlebenszeit wurde bei dem Cardia-Carcinom gefunden. Nach unserer Statistik fanden sich folgende Ergebnisse :

Cardia-Carcinom	94 Patienten	42,9 %
Corpus-Antrum-Carcinom	78 "	35,6 %
Fundus-For nix-Carcinom	33 "	15 %
Pylorus-Carcinom	14 "	6,3 %
219 Patienten		= 100 %

Topographische Lage der Magencarcinome



2) Histologische Befunde der Magen-Carcinome :

Auch über die histologischen Befunde des Magenkrebses, die Häufigkeit und den Einfluß auf die Prognose der Erkrankten finden sich in der Weltliteratur mannigfache Angaben. So wurden von E K E R und E F S K I N D 8 histologische Typen festgestellt :

- 1) Adeno-Carcinom
- 2) papillomatöses Adeno-Carcinom
- 3) verschleimendes Carcinom
- 4) Carcinoma simplex
- 5) Carcinoma solidum
- 6) Carcinoma scirrhosum
- 7) undifferenziertes Carcinom
- 8 eine Restgruppe

U R A B A N und Mc.N E E R haben statistisch nachgewiesen, daß gerade die wenig differenzierten Carcinome mit umschriebenem Wachstum eine höhere Überlebenszeit aufweisen.

Anhand unserer Statistik konnte eine günstigere Prognose der Magenkrebs-Kranken in Bezug auf den histologischen Befund nicht eruiert werden.

Einen besonderen Platz gewinnt das Ulcus-Carcinom wegen seiner Prognose und Entstehung. Dieses Thema nimmt in der Weltliteratur einen breiten Rahmen ein :

Über die Häufigkeit des Ulcus-Carcinoms (9 - 20 %) berichtet A N D R E A S S E N (9 %), R A V D I N

und H O R N (10 %), E K S T R Ö M (11,6 %),
B O L K E R (14 %) und R I E B E N (20 %) .

Die Prognose des Ulcus-Carcinoms ist durchweg
schlechter als die Prognose der Primär-Carcinome.

Von 345 Probelaparotomien war nur bei 188 Patienten
die Diagnose histologisch gesichert, da bei den Patienten
die Carcinome so ausgedehnt waren, daß der Bauch
nur geöffnet und wieder geschlossen wurde.

Bei den 163 Patienten, die palliativ behandelt wurden,
konnte nur bei 26 Patienten eine histologische Diagnose
gesichert werden. Von den 118 Patienten, die konservativ
behandelt wurden, konnte nur bei 7 Fällen eine
histologische Diagnose durch Entfernung von Lymphknoten
und bei 2 Fällen durch die Obduktion gesichert werden.

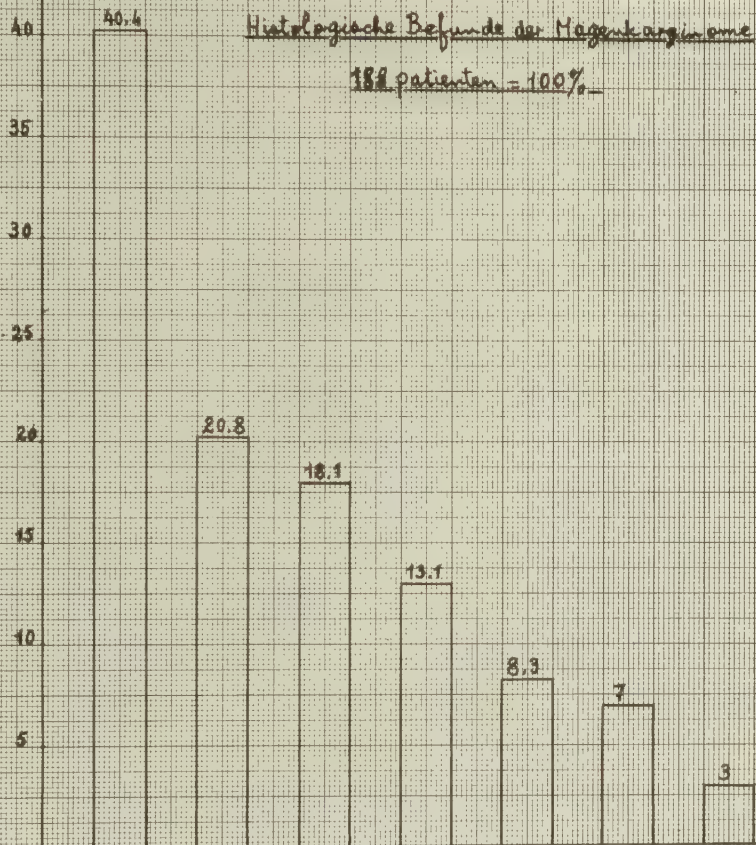
Unsere Statistik ergab folgende histologische Ergebnisse :

Adeno-Carcinom	68 Patienten	=	40 %
Scirrheses Carcinom	35 "	=	20 %
Großzelliges Carcinom	31 "	=	18,1 %
Medulläres Carcinom	23 "	=	13,7 %
Solides Carcinom	14 "	=	8,3 %
Gallert-Carcinom	12 "	=	7 %
Ulcus-Carcinom	5 "	=	3 %
	188 Patienten	=	100 %

% der Pat.

Histologische Befunde der Magenkarzinome

188 Patienten = 100%



Krebsart

Adeno - Ca

Squamöses - Ca

Großzelliges - Ca

Medulläres - Ca

Solides - Ca

Gallert - Ca

Uleus - Ca

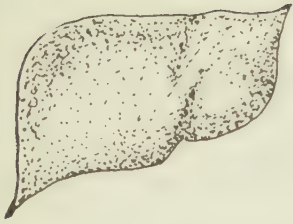
3) Vorhandensein von Metastasen :

Das Magen-Carcinom setzt von allen Carcinomen am häufigsten Metastasen (R E I C H E N B E R G) und zeigt schon im Frühstadium große Tendenz zur Metastasierung. H A E F F N E R berichtet von Carcinomen der Pars pylorica, die bereits sehr frühzeitig auf ihrem Lymphabflußweg zur Leberpforte hin metastasieren und deshalb schon bald nach ihrer Entstehung inoperabel sind.

T O R G E R S E N meint, daß die Magenkrebses bei jungen Menschen die Tendenz haben, mehr in den Bereich der Pylorusdrüsen und damit zur Porta hepatica zu metastasieren, während die Magen-Carcinome älterer Menschen ihren Lymphabfluß mehr zu den Drüsen der kleinen und großen Curvatur nehmen. Diese Tatsache dürfte erklären, daß die Magenkrebses bei Patienten unter 30 Jahren fast immer inoperabel sind. Von allen Carcinomen am häufigsten setzt das Magen-Carcinom Metastasen in die Leber.

Bei 120 Patienten von 508 Patienten = 23,6 % ist während der Laparotomie eine ausgedehnte Metastasierung in der Leber gefunden worden.

Metastasen im Bereich des Pankreas und der Pankreaskapsel wurden bei 63 Patienten = 12,4 % gefunden. Von Peritonealcarcinose waren 53 Patienten = 11 % befallen.



120 Patienten = 23,6 %

13 Patienten = 2,5%



63 Patienten = 12,4 %



Häufigste Metastasen bei Magencarcinom



57 Patienten = 11,2 %

Metastasierung der Milz und des Milzhilus bei 13 Patienten = 2,5 %.

Retroperitonealmetastasen wurden bei 10 Patienten = 6,3 % gefunden.

Der Douglas'sche Raum war bei 8 Patienten = 1,5 % von Metastasen befallen.

Krukenberg-Tumor (Ovarien) beobachtete man bei 7 Patienten = 1,5 %.

Colon und Mesocolon war bei 59 Patienten = 11,6 %, kleine Curvatur und kleines Netz bei 71 Patienten = 14 %,

große Curvatur und großes Netz bei 42 Patienten = 8,2 % von Metastasen befallen.

Abdominalcarcinose fand sich bei 53 Patienten = 11,4 %

Paraaortal und große Gefäße waren bei 57 Patienten = 11,2 % von Metastasen befallen.

III. Therapiemöglichkeiten :
=====

Von 626 Magenkrebs-Patienten der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen vom Jahre 1949 - 1965 wurde bei 345 Patienten nur eine Probelaaparotomie durchgeführt, da jeglicher operative, kurative Eingriff zu spät kam. Bei 163 Patienten wurde eine Palliativmaßnahme zur Entlastung der Patienten durchgeführt.

Bei 81 Patienten wurde eine Gastroenterostomie angelegt, davon bei 35 Patienten eine Gastroenterostomie mit Braun'scher Anastomose. Bei 41 Patienten wurde eine Witzlfistel angelegt, bei 29 Patienten eine Kaderfistel, bei 8 Patienten eine Jejunal fistel und bei 4 Patienten eine Oesophagusfistel.

120 Patienten wurden konservativ behandelt.

Bei diesen Fällen handelte es sich um sehr alte Patienten in reduziertem Allgemeinzustand oder auch um solche, bei denen palpatorisch Lebermetastasen tastbar waren oder röntgenologisch ausgedehnte Lungenmetastasen nachweisbar waren.

16 Patienten verweigerten die Operation und wurden auf Wunsch nach Hause entlassen. Bei 12 Patienten haben wir eine Bestrahlung mit 2.000 r vorgenommen.

IV. Prognose -
=====

1) Das lokale Recidiv und das Carcinom im Restmagen :

a) das lokale Recidiv -

In den 15 Jahren waren es insgesamt 32 Fälle, die wegen eines Carcinom-Recidivs erneut zur stationären Behandlung kamen.

Davon wurden 25 Patienten = 78,1 % nach BILLROTH II, 3 Patienten = 9,3 % nach BILLROTH I operiert.

Bei 2 Patienten = 6,2 % war eine Fundektomie durchgeführt und bei 2 Patienten = 6,2 % eine totale Gastrektomie.

b) Carcinom im Restmagen -

Von 626 Patienten, die sich in der Zeit von 1949 bis 1965 (inoperable Fälle) in der Universitätsklinik Erlangen (chirurgisch) befanden, war nur bei 9 Patienten ein Carcinom im Restmagen zu beobachten.

Von den 9 Patienten waren 5 Patienten nach BILLROTH II und 2 Patienten nach BILLROTH I operiert worden, bei 2 Fällen war eine Gastroenterostomie durchgeführt worden.

Art der Behandlung des lokalen Recidivs :

Kein einziger Patient erwies sich als operabel. So wurde von den 32 Patienten bei 15 Patienten eine konservative Behandlung durchgeführt, bei 11 Patienten haben wir eine Probelaaparotomie vorgenommen und bei 6 Patienten wurde als Palliativmaßnahme eine Fistel angelegt.

Nach welcher Zeit traten bei magenoperierten Patienten wieder Beschwerden auf ?

Die Auswertung unseres Krankengutes ergab, daß die Rezidiv-Beschwerden meistens 1 Jahr nach der Operation wieder anfangen.

Nach 1/2 Jahr wurde bei	7 Patienten ein Rezidiv beobachtet.
Nach 1 Jahr wurde bei	12 Patienten ein Rezidiv beobachtet.
Nach 2 Jahren wurde bei	4 Patienten ein Rezidiv beobachtet.
Nach 3 Jahren wurde bei	3 Patienten ein Rezidiv beobachtet.
Nach 4 Jahren wurde bei	3 Patienten ein Rezidiv beobachtet.
Nach 6 Jahren wurde bei	2 Patienten ein Rezidiv beobachtet.
Nach 7 Jahren wurde bei	1 Patienten ein Rezidiv beobachtet.

2) Überlebenszeit bei inoperablen Magencarcinom-Patienten :

a) Klinikletalität -

Von den 163 Patienten, die sich einer Palliativmaßnahme unterzogen, starben 28 Patienten = 17,1 % bereits in der Klinik.

Von den 345 Patienten, bei denen eine Probelaaparotomie durchgeführt wurde, starben 30 Patienten = 8,6 4 in der Klinik.

Von den 118 Patienten, die konservativ behandelt wurden, starben 6 Patienten = 5 % in der Klinik.

b) Sterberate bei inoperablen Magencarcinom-Patienten nach Entlassung aus der Klinik -

29 Patienten starben wenige Tage nach der Entlassung

93 Patienten starben 1 Monat nach der Entlassung

78 Patienten starben 2 Monate nach der Entlassung

74 Patienten starben 3 Monate nach der Entlassung

53 Patienten starben 4 Monate nach der Entlassung

40 Patienten starben 5 Monate nach der Entlassung

59 Patienten starben 6 Monate nach der Entlassung

Also waren nach 1/2 Jahr bereits 385 Patienten ad exitum gekommen.

54 Patienten verstarben nach einem 3/4 Jahr

43 Patienten verstarben nach 1 Jahr

19 Patienten verstarben nach 1 1/4 Jahr

6 Patienten verstarben nach 1 3/4 Jahr

17 Patienten verstarben nach 2 Jahren

3 Patienten verstarben nach 3 Jahren

V.) Zusammenfassung -
=====

In der vorliegenden Arbeit werden die Magencarcinom-Patienten, die sich von 1949 bis 1965 in der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen befanden, anhand von 626 Krankengeschichten besprochen. Bei diesen Patienten handelt es sich um inoperable Fälle.

Bevorzugtes Lebensalter ist das 6. Lebensjahrzehnt.

Bei der Geschlechtsverteilung ergab sich eine Bevorzugung des männlichen Geschlechtes nach dem 40. Lebensjahr, während das Verhältnis bis zum 40. Lebensjahr 1 : 1 steht.

Unsere jüngste Patientin war eine 24-jährige Frau.

Insgesamt waren 5 Patienten noch nicht 30 Jahre alt und bereits alle inoperabel.

Aus der Symptomatologie des Magen-Carcinoms werden im einzelnen allgemeine Symptome wie Magenschmerzen, Gewichtsabnahme, Erbrechen und Brechreiz, Appetitlosigkeit, Aufstoßen, Sodbrennen, Obstipation und Teerstühle besprochen. Das häufigste Symptom: Magenschmerzen.

Bevorzugter Lokalisationspunkt des Magen-Carcinoms ist mit weitem Abstand das Cardia-Carcinom.

Histologisch gesehen ist das Adeno-Carcinom der häufigste Typ.

Am meisten setzt das Magen-Carcinom Metastasen in die Leber und in die benachbarten Lymphknoten.

Die Klinikletalität ist bei den palliativ behandelten Patienten am größten.

L i t e r a t u r - V e r z e i c h n i s :
=====

- KATSCH, G. Hdb. inn. Med. 4.Auflage Bd 3/I
und Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1953
- PICKERT, H.
- HAFTER, E. DMW 88 (1963) 937-942
- SERANO, S. Risultati del Trattamento chirurgico
del cancro dello stomaco, Minerva Chir.
(Torino) 1957, 595 - 600
- GUISS, L.W. Endergebnisse des Magenkrebses 2891 Fälle
Surg. etc. (Abstr.) 93, 313 - 331 (1951)
- KONJETZNY, G.E. Der Magenkrebs
Stuttgart: Ferdinand Enke (1938)
- KONJETZNY, G.E. Zbl. Chir. 1928, 2353
- KONJETZNY, G.E. Mschr. Krebsbekpf. 1934, 65
- KONJETZNY, G.E. Therapiewoche 5, 303, 1955
- HAMETT bei DUVE zitiert nach SCHWEPPE, Der Krebs, Statistik
der Jahre 1934 - 1953, Inang.Diss.Greifswald
- TORGENSEN, J. Gastric carcinoma with special reference
to the sex ratio, age and situation and to
the anatomy of the stomach
- GÜTGEMANN, A. Chirurg. 23 (1952) 474
- GÜTGEMANN, A. Lang. Arch. f.Klin. Chir. 276 (1953) 357
- GÜTGEMANN, A. Lang. Arch. f.Klin. Chir. 287 (1957) 372 - 38
- GÜTGEMANN, A. Landarzt 32 (1961) 1263

- BAUER, K.H. Das Krebsproblem
Springer 1949, 1963
- BAUER, K.H. Kongress für ärztl. Fortbildung
Regensburg 1963 Ref.
- BAUER, K.H. im Bayer. Ärzteblatt 18 (1963)
600 - 601
- BARBER, K.W. Surg. Gynecol. and Obst. 113 (61)
673
- GAGE, R.P.
- PRIESTLY, J.T.
- BERG, H.H. Z.Klin. Med. 145, 258, 1949
- BERG, H.H. Münch. med. Wschr. 1950, 31
- HOLLER, G. Krebsarzt 7, 205, 1952
- FORNI, G. Über die chir.Behandl. des Magen-Ca.
I. Internat. Chir. 10, 401 - 414, 1950
- DENK, H. Zur Prognose des Magen-Ca. chir., 29,
289 - 294 (1958)
- HELMER, F.
- ECKER, R. The Pathology and prognoses of gastric
carcinoma, Acta chir. second suppl. 264,
1 - 182 (1960
- URBAN, C.H. The relation of the morphology of
gastric cancer (philad.) 12, 1158 - 1162
(1959)
- MC. NESS, G.
- JELINEK, R. Krebsarzt 7, I, 1952
- KALK, H. Hdb. inn. Med. Aufl. Bd. 3/I 686 ff.
Berlin, J. Springer 1938
- FRANKE, H. Frühdiagnostik des Magen-Ca. in der inneren
Med., Berlin, Walter de Gruyter u. Co., 1953
- FRANKE, H. Landarzt 1953, 549

Tabellarischer Lebenslauf

31.3.1940	geb. in Astara Iran als Tochter des Arztes Dr. med. E. Abbassian-Milani.
1946 - 1958	Volksschule und Gymnasiumbesuch in Theran.
1958 - 1960	Studium der Medizin und Deutsche Sprache an der Uni. Tübingen.
1960 - 1967	Med.-Studium an der Uni. Erlangen-Nürnberg.
1967	Med. Staatsexamen an der Uni. Erlangen-Nürnberg.
1967 - 1970	Med.-Ass.-Arzt im Kreiskrankenhaus Donauwörth.
Ab 1970	im Institut für Radiologie und Strahlenklinik als Ass.-Ärztin.
Nov. 1974	Facharztanerkennung für Radiologie. Z.Zt. im Institut für Radiologie und Strahlen- klinik als Fachärztin beschäftigt.

Offsetdruck-Fotodruck

J. Hegl, 8520 Erlangen, Hauptstr. 109 (Nähe Martin-Luther-Platz) Tel. 22990